UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1912 — N° 1

IMPORTANCE

DE

l'Exploration Interne de l'Utérus

DANS LES MÉTRORRAGIES

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 8 Janvier 1912

PAR

Eugène MAURY

Né à Morris, le 23 Octobre 1887
Ancien Interne des Hôpitaux
Lauréat de la Faculté de Médecine d'Alger
1re Médaille d'Anatomie 1908
1re Médaille d'Anatomie 1909

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, professeur de Clinique chirurgicale, *Président.*
ROUVIER, professeur de clinique obstétricale.
CABANES, chargé des fonctions d'agrégé. } *Juges.*
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.

ALGER
IMPRIMERIE F. MONTÉGUT ET A. DEGUILI
12, Rue Charras AGHA

1912

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1912 — N° 1

IMPORTANCE

DE

l'Exploration Interne de l'Utérus

DANS LES MÉTRORRAGIES

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 8 Janvier 1912

PAR

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Eugène MAURY

Né à Morris, le 23 Octobre 1887
Ancien Interne des Hôpitaux
Lauréat de la Faculté de Médecine d'Alger
1re Médaille d'Anatomie 1908
1re Médaille d'Anatomie 1909

MEMBRES DU JURY :

MM. **VINCENT**, professeur de Clinique chirurgicale, *Président.*
ROUVIER, professeur de clinique obstétricale.
CABANES, chargé des fonctions d'agrégé.
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.
} *Juges.*

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (I. ✿).
ASSESSEUR..... VINCENT (I. ✿).

PROFESSEURS

Anatomie.....	MM. WEBER (I. ✿).
Anatomie pathologique et histologie..	POUJOL (I. ✿)
Physiologie.....	REY (✻ I. ✿).
Clinique médicale.....	ARDIN-DELTEIL (I. ✿).
Clinique chirurgicale.....	VINCENT (I. ✿).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.....	BRAULT (✻ I. ✿).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	CURTILLET (I. ✿).
Clinique obstétricale.....	ROUVIER (✻ I. ✿).
Clinique ophtalmologique.....	CANGE (A. ✿).
Chimie médicale et toxicologie.....	MALOSSE (I. ✿ ✿).
Physique médicale et biologique.....	GUILLEMIN (✻ I. ✿).
Pharmacie.....	BATTANDIER (I. ✿).
Matière médicale et thérapeutique....	HÉRAIL (I. ✿).
Histoire naturelle médicale.....	TRABUT (✻I.✿MA.O✿)
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie.....	SOULIÉ (I. ✿).
Hygiène et médecine légale.....	CRESPIN (I. ✿).

CHARGÉ DE COURS

Chimie biologique..... M. SAMBUC (I. ✿).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie.	MM. LEBLANC (A. ✿).
Chaires de pathologie et de clinique internes.....	GILLOT (A. ✿).
	N...
Chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale.	E. CABANES (A. ✿).
	FUSTER.
Chaire d'histoire naturelle.....	N...
Chaires de chimie et de physique.....	MALOSSE (A. ✿).
Chaires de pharmacie et de matière médicale.....	MUSSO.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

(Faible témoignage de ma reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi).

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

CAMILLE ET AMÉDÉE MAURY

A TOUS MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MES MAITRES
DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER
DENIS, SCHERB, TROLARD

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE D'ALGER
ET DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur VINCENT

Professeur de Clinique Chirurgicale

A mes Juges

Monsieur le Professeur ROUVIER

Monsieur le Docteur CABANES

Monsieur le Docteur FUSTER

AVANT-PROPOS

La métrorragie n'est pas un état morbide idiopathique, ce n'est qu'un symptôme ; il est extrêmement fréquent au cours de la plupart des affections du sexe féminin.

Pendant nos jours de garde à l'internat et particulièrement pendant notre séjour comme interne dans les services de chirurgie de nos maîtres, M. Goinard et M. le Professeur Vincent, nous avons eu l'occasion de nous trouver en présence de cas de métrorragie dont l'étiologie était particulièrement difficile, sinon impossible à déterminer par les seuls moyens d'examen habituels. Le toucher vaginal et le palper bi-manuel étant insuffisants, le cathétérisme utérin ne fournissant pas de renseignements, nous avons pu apprécier la valeur d'un autre mode d'exploration, de l'exploration digitale de la cavité utérine.

Nous voulons, dans notre thèse, traiter deux points : d'abord, faire ressortir la difficulté qui existe souvent pour le praticien lorsqu'il s'agit de préciser la cause de certaines métrorragies ; en second lieu, montrer l'importance de l'exploration interne de l'utérus sur-

tout pour faire un diagnostic précoce de certaines tumeurs, et insister en particulier sur le toucher intra-utérin dont nous ferons ressortir les avantages.

Mais avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous tenons à rendre un hommage public de reconnaissance à tous nos maîtres qui, pendant nos années d'études nous ont fait bénéficier de leur expérience et nous ont aidé, dans la sphère de leurs moyens, à parcourir les différentes étapes qui nous conduisent au but.

Que M. Goinard, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et dans le service duquel nous avons passé pendant une année comme interne, nous permette de lui offrir ce modeste travail comme l'expression de notre profonde et très sincère gratitude pour les conseils et l'enseignement qui, de sa part, ne nous ont jamais fait défaut.

Nous remercions M. le Professeur Vincent pour l'honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de cette thèse ; nous regrettons vivement de ne pouvoir rester plus longtemps attaché comme interne à son service ; nous l'assurons de notre vive reconnaissance pour ses bonnes leçons dont nous avons tiré le plus grand profit.

Que M. Lucien Raynaud, qui nous a porté tant d'intérêt pendant le cours de nos études, reçoive le témoignage de notre entier dévouement.

Nous n'oublions pas MM. les Docteurs Ardin-Delteil, Gillot et Ferrari, pour les précieux conseils qu'ils nous ont donnés avec une généreuse bienveillance ; nous les remercions sincèrement.

Qu'il nous soit permis d'adresser un respectueux hommage à la mémoire de notre si regretté maître, M. le Docteur Denis, dans le service duquel nous avons passé six mois.

Au cours de nos années d'internat, nous avons contracté des amitiés sûres ; que nos amis Grech, Huck, Duboucher, Bardy et Cécaldi soient assurés de nos sentiments les plus affectueux.

A MM. Alberti, L. Bernard, Bit, Biscos, Bonnet, Deshayes, Hamelin, Lemoine, Pesle, Rebuffat, Salvan vont aussi nos souvenirs pour leur sincère amitié.

Première Partie

MÉTRORRAGIES. - DIFFICULTÉS FRÉQUENTES D'EN PRÉCISER LA CAUSE

Nous avons dit que la métrorragie n'était qu'un symptôme ; sans avoir l'intention, dans ce modeste travail, d'écrire un chapitre de séméiologie clinique sur les métrorragies, nous croyons devoir passer rapidement en revue les différentes causes qui peuvent lui donner naissance, afin d'arriver à celles dont le diagnostic est plus délicat et sur lesquelles nous aurons à nous étendre davantage.

D'abord, les métrorragies peuvent être liées à un trouble de l'état général ; elles sont fréquentes dans toutes les pyréxies, qu'il s'agisse de fièvres éruptives, de fièvre typhoïde, de paludisme, de grippe ou de pneumonie ; celles-ci sont ordinairement d'un diagnostic facile. On en voit se produire à la suite d'une hygiène défectueuse, au cours de la tuberculose ou de la chlorose.

On en observe également dans les maladies par ralentissement de la nutrition : la goutte, le diabète, l'obésité et surtout dans les maladies hémorragiques : scorbut, purpura, leucémie, ictère grave.

Les métrorragies ne sont pas rares dans les affections cardiaques et dans celles qui peuvent retentir sur le cœur ; c'est surtout dans les affections mitrales qu'elles s'observent avec une prédominance marquée, parce que la stase dans le système veineux en général et le système cave inférieur en particulier y est beaucoup plus prononcée que dans les affections aortiques.

L'emphysème et la dilatation des bronches, qui amènent la dilatation du ventricule droit peuvent également donner lieu à des métrorragies.

Enfin, la plupart des troubles ou lésions de l'appareil génital peuvent s'accompagner de métrorragies, bien qu'avec une fréquence variable. La congestion exagérée, l'éréthisme des organes génitaux qui résultent des excès de coït, de l'onanisme peuvent entraîner des hémorragies.

Nous ne parlerons pas des hémorragies qui peuvent être liées à la grossesse et qui n'entrent pas dans notre cadre.

La salpingo-ovarite s'accompagne souvent de métrorragies, surtout à la période aiguë ou subaiguë, le kyste de l'ovaire également et particulièrement les tumeurs malignes de cet organe.

L'endométrite est une cause commune de métrorragie, particulièrement lorsqu'elle se produit à la suite d'un avortement.

Enfin, les néoplasmes utérins, qu'il s'agisse des tumeurs bénignes, telles que les polypes, les fibromes sous-muqueux ou interstitiels, ou de tumeurs malignes, sarcomes et épithéliomas entraînent des hémorragies souvent très abondantes.

On doit songer à ces différentes affections lorsque l'on a à traiter une métrorragie, afin d'en dépister la cause et ne pas faire subir, par exemple, une intervention chirurgicale nuisible ou tout au moins inutile

à une malade qui serait plutôt justiciable d'un traitement médical. On ne doit pourtant pas tomber dans une erreur encore plus grave en attribuant trop facilement le désordre menstruel à l'âge critique ou à une simple congestion utérine, et perdre ainsi un temps précieux avant que l'erreur de diagnostic ait été reconnue.

Si le diagnostic de certaines de ces affections est souvent facile, il n'en est cependant pas toujours ainsi et nous n'en voulons pour l'instant retenir pour preuve que la difficulté qui se présente journellement lorsqu'il s'agit de distinguer un cancer du corps de l'utérus d'un petit polype intra-utérin ou de certaines métrites.

Tous les cliniciens se sont appliqués à rechercher des symptômes qui permettent de les distinguer ; ces symptômes sont pour la plupart communs à ces trois sortes d'affection ; ils sont insuffisants.

Les symptômes fonctionnels locaux que nous trouvons sont au nombre de trois ; ils consistent en hémorragies, leucorrhées et douleurs.

Les *hémorragies* du cancer arrivent d'une façon insidieuse ; elles consistent plutôt, au début, en un suintement sanguin, continu, d'apparence insignifiante, augmentant peu à peu et présentant de temps à autre des recrudescences marquées sans cause appréciable ; survenant en dehors des périodes menstruelles, elles sont un bon signe de cancer, mais non pathognomonique.

Les hémorragies du polype, qui sont ordinairement causées par la métrite qui l'accompagne, débutent à l'époque des règles ; ce sont primitivement des ménorragies ; elles deviennent ensuite plus abondantes, elles sont constituées par un sang rouge, coloré, qui souvent se coagule dans l'utérus, donnant

lieu à de violentes coliques ; la persistance de ces hémorragies amène les malades à un degré avancé d'anémie et les font souvent ressembler à des cancéreuses.

Dans la métrite, l'hémorragie se fait d'une façon irrégulière et ne présente pas de caractère distinctif ; elle se produit tantôt chez une femme jeune ayant présenté un retard dans ses règles : l'interrogatoire suffit alors pour faire le diagnostic : il s'agit d'une rétention utérine consécutive à une fausse couche. Mais, bien souvent, les malades répondent mal à votre interrogatoire et ont quelquefois intérêt à vous tromper ; il faut alors savoir dépister la cause d'une hémorragie rebelle. D'autres fois elle se produit chez des femmes âgées, ayant passé depuis déjà plusieurs années la ménopause, et qui voient un beau jour réapparaître des hémorragies d'une façon irrégulière ; on comprend combien cette métrite sénile est difficile à différencier d'un cancer, surtout lorsque, comme il arrive souvent, on a affaire à un utérus gros et dont la cavité est dilatée.

La *leucorrhée* coexiste ou plutôt alterne avec les pertes hémorragiques ; c'est un liquide blanc, d'odeur fade, empesant le linge ; dans le cancer, il y a souvent des pertes de sang ichoreux, des sécrétions aqueuses, d'odeur fétide, mais cette fétidité, qui est assez caractéristique, est malheureusement inconstante et tardive ; elle ne se fait sentir ordinairement que lorsque le cancer est avancé et qu'il est devenu d'un diagnostic facile.

Quant aux *douleurs,* ce sont les douleurs de la métrite, sans caractères propres ; elles occupent l'hypogastre et s'irradient dans la région lombaire ; elles sont exaspérées par la marche, par les efforts, les courses en voiture. La station debout un peu pro-

longée suffit à les faire naître ; elles sont tantôt sourdes, continues, tantôt vives, paroxystiques. Les douleurs en coliques survenant régulièrement à heures précises dans la journée, durant quelques heures, et revenant les jours suivants aux mêmes heures, constituent une des manifestations cliniques du cancer sur lesquelles depuis Simpson, Poggi et plusieurs autres ont attiré l'attention ; mais ces hémorragies et ces douleurs bien spéciales ne constituent que des signes de présomption. Laroyenne prétend aussi que, dans le cancer, les douleurs se feraient principalement sentir vers les os iliaques et la région fessière ; les malades qui ressentent ces douleurs les localisent ordinairement très mal, et il serait imprudent de se baser sur cette localisation pour différencier la lésion.

Les signes physiques que révèlent le toucher vaginal et le palper bi-manuel sont peu importants ; on trouve ordinairement, dans le cancer, un utérus légèrement augmenté de volume. Mais cette augmentation de volume peut être tardive ; dans les stades du début, on peut avoir un cancer dans un utérus de volume normal ; et même dans un utérus petit, ratatiné et atrophié par la sénilité, un cancer peut évoluer. Le col peut être normal, les petites tumeurs intra-utérines, particulièrement celles qui siègent au fond de l'utérus, peuvent ne pas être suffisamment pédiculées et n'être pas encore venues forcer le col ; elles n'ont pas encore produit de dilatation ; d'autres fois, le col peut être légèrement entr'ouvert, mais cela peut aussi bien dépendre d'un polype que de fongosités descendant de la cavité utérine.

L'examen au spéculum ne donne aucune notion spéciale qui puisse éclairer le diagnostic ; le col de l'utérus peut du reste présenter des lésions inflamma-

toires tout à fait indépendantes des lésions du corps utérin.

La notion de l'âge peut fournir certaines présomptions, mais peut souvent induire en erreur ; le cancer de l'utérus est bien une maladie des femmes âgées : il atteint le plus souvent des femmes de quarante à cinquante ans. La réapparition des pertes sanglantes quelques mois ou quelques années après l'installation de la ménopause doit évidemment faire songer au néoplasme malin ; mais, à cet âge-là, on peut avoir affaire à des métrites séniles, et, d'autre part, les cancers du corps évoluant autour de la ménopause et même avant ne sont pas rares ; on en trouve chez les jeunes, et c'est même chez elles qu'il semble présenter le plus de malignité.

Tschop a observé un cancer du corps de l'utérus chez une jeune fille de 18 ans ; Reipen chez une jeune fille de 20 ans ; Chiari chez deux femmes de 23 et 25 ans ; Engelhorn chez une jeune fille de 23 ans (1) ; ceux qui évoluent entre 35 et 45 ans sont nombreux.

On peut voir, d'après cet aperçu rapide, combien ces symptômes communs sont insuffisants pour différencier des affections dont l'évolution clinique est si dissemblable et qui réclament des interventions si différentes.

Nous rapportons une observation que nous devons à M. Goinard ; c'est le cas d'une malade opérée par lui pour cancer du corps de l'utérus ; elle montre combien une tumeur intra-utérine, qui était déjà d'un joli volume, comme on peut s'en rendre compte par la figure ci-jointe, peut rester latente et ne se manifester que par peu de symptômes.

---

(1) *Presse Médicale*, 14 octobre 1907.

OBSERVATION I

due à l'obligeance de M. Goinard

(Métrorragie due à un cancer du corps de l'utérus. Hystérectomie)

Mme X..., âgée de 48 ans. Vierge. Réglée à 15 ans.

En juin 1908, à la suite de surmenage, une métrorragie survient brusquement, sans douleur ; le sang est accompagné de caillots ; cette hémorragie dure huit jours encore, puis recommence après une interruption de quinze jours. A partir de ce moment, les pertes durent en moyenne quinze jours sur trente pendant plus d'un an.

A partir d'octobre 1909, les pertes deviennent presque constantes, rouges, blanches ou rosées. En même temps apparaissent des douleurs très violentes, surtout accusées dans la fosse iliaque gauche et présentant leur maximum d'acuité d'une façon régulière de 3 à 7 heures du matin. Les périodes de calme sont rares et durent peu.

En juillet 1910, au cours d'un séjour à Vichy, les douleurs deviennent très intenses, s'accompagnant de pertes blanches ou roussâtres. Cette crise est suivie d'une période de calme pendant le mois d'août, mais la leucorrhée ne discontinue pas, puis au bout de peu de temps les hémorragies et les douleurs reprennent.

A l'examen, le palper est négatif, le toucher révèle l'intégrité de l'anneau hyménéal. Rien du côté du vagin, le col est normal à orifice étroit, sans altération de consistance, les culs-de-sac sont libres. Le palper bimanuel montre une augmentation du volume de l'utérus, grossi dans son ensemble sans qu'il soit possible de distinguer ni saillie, ni relief, ni déformation, ni irrégularité de consistance. L'utérus semble régulièrement hypertrophié et comparable comme volume à un utérus au deuxième mois de la gestation ; il a gardé sa mobilité.

La malade répugnant, pour des raisons d'ordre social, aux explorations gynécologiques répétées et approfondies,

Cancer du corps de l'utérus [Obs. I]

accepte volontiers l'hystérectomie qui lui est proposée comme le moyen curatif le plus radical et le plus expéditif, et qui nous paraît suffisamment justifiée par les accidents précédemment décrits.

Dans cette observation, nous relevons comme symptômes fonctionnels les hémorragies, les pertes blanches et les douleurs, et comme signes physiques, simplement une légère augmentation du volume de l'utérus. Il est certain qu'ici la thérapeutique a été en partie dictée par l'âge et la condition sociale de la malade ; les présomptions du chirurgien se sont trouvées justifiées, mais nous risquerions, dans des cas semblables, de nous trouver en présence de fibromes ou de polypes intra-utérins.

Un diagnostic ferme est le plus souvent nécessaire, car c'est lui qui commandera l'intervention et, suivant le cas, celle-ci sera conservatrice ou consistera dans une hystérectomie aussi large que possible. Il est de notoriété publique que, nombre de fois, des chirurgiens d'un très grand mérite ont commis des erreurs de diagnostic dont la conséquence a été une thérapeutique préjudiciable à la malade ; ainsi, on a extirpé des utérus réputés sarcomateux sans qu'il y ait ombre de tumeur dans la matrice.

Ceci a une grande importance, car les malades dont il est question sont ordinairement très faibles ; la persistance ou la répétition des hémorragies les amène à un état d'anémie extrême, elles ont les conjonctives et les lèvres décolorées, la face pâle, présentent de l'éréthisme cardiaque ; elles sont peu en état de supporter une grosse opération, une hystérectomie risquerait d'occasionner chez elles un « schock » dont elles pourraient ne pas se relever, alors qu'un

curettage constitue une opération courte, n'offrant pas de gravité.

L'importance du diagnostic ferme se fait également sentir lorsqu'il s'agit d'une femme jeune ; on évitera ainsi de supprimer inutilement des fonctions aussi importantes que celles de l'ovulation, de la menstruation ou de la fécondation ; l'intangibilité du pouvoir procréateur est un principe qu'un chirurgien doit s'efforcer de respecter.

Deuxième Partie

EXPLORATION INTERNE DE L'UTÉRUS

Dans le cas dont nous avons parlé dans la première partie de notre thèse, nous avons vu que les moyens d'exploration habituels de l'utérus ne nous suffisent pas, mais nous avons alors à notre disposition d'autres modes d'investigation, nous avons l'exploration interne de la cavité utérine ; nous devons l'employer en temps opportun et ne nous résoudre à une intervention mutilatrice qu'après être certain du diagnostic posé.

Nous allons dans cette seconde partie, passer successivement en revue les différents moyens d'explorer la cavité utérine ; d'abord le cathétérisme utérin, puis le curettage explorateur et l'hystéroscopie et enfin le toucher intra-utérin : nous parlerons des avantages et des inconvénients de chacun d'eux et de leurs indications.

CHAPITRE PREMIER

CATHÉTÉRISME UTÉRIN

L'idée d'une exploration interne de l'utérus, vient donc du besoin de renseignements plus précis sur l'état de l'utérus et en particulier de sa cavité ; cette idée ne date pas d'hier, c'est Levret qui vers 1747, a été le premier à explorer la cavité utérine en y introduisant un instrument, quelques temps après, Simpson en Angleterre, employait d'une façon courante le cathétérisme utérin comme méthode usuelle de diagnostic, plus tard, grâce aux travaux de Huguier en France, de Kiwisch en Allemagne, ce moyen d'exploration s'est généralisé ; on en a même abusé dans ce moment de vogue. En 1854, Scanzoni s'est élevé contre l'emploi trop général que l'on en faisait.

Aujourd'hui la sonde utérine joue un rôle bien moins important qu'autrefois ; elle nous sert surtout à apprécier la longueur de la cavité utérine. Dans les cas qui nous intéressent, qu'il s'agisse de cancer au début ou de petit polype, l'hystéromètre ne fera que confirmer ce que nous aura déjà appris le palper bi-manuel, l'utérus est légèrement augmenté de volume, sa longueur est de 7 à 8 centimètres. Cependant le cathétérisme peut donner d'autres renseignements, et dans une toute récente communica-

tion, Violet a préconisé une façon spéciale de manier l'hystéromètre pour le diagnostic du cancer (1).

La première chose qu'il faut remarquer, c'est, si l'exploration de la cavité utérine faite avec douceur, détermine un suintement sanglant abondant et persistant.

Lorsque l'hystéromètre est ramené sans aucune trace de sang ou simplement avec quelques gouttes, on peut être certain, d'après Violet, qu'il ne s'agit pas d'un néoplasme.

Si avec l'extrémité boutonnée de l'hystéromètre on racle les parois de la cavité utérine, on peut provoquer un écoulement sanguin ; s'agit-il d'une endométrite simple, d'une endométrite fongueuse ou bien d'un cancer ? L'abondance de l'hémorragie, surtout après un frottement minime est en faveur du cancer.

Ces premiers renseignements obtenus, on doit pratiquer une exploration méthodique de la cavité utérine, pour cela on enfonce l'hystéromètre jusqu'à la profondeur que l'on peut atteindre, sans violence bien entendu, puis on ramène l'instrument jusqu'à l'orifice externe en appuyant un peu son extrémité mousse, on explore tour à tour la face postérieure, la face antérieure, le fond et les cornes.

Dans certains cas on peut constater la présence de petites tumeurs faisant une légère saillie sous la muqueuse ; si l'on rencontre un noyau fibreux sur le parcours, on sentira un ressaut caractéristique ; la sensation sera absolument la même que celle fournie par le cathétérisme explorateur dans les rétrécissements de l'urètre.

On peut même obtenir davantage ; nous ne pou-

(1) *Lyon Médical*, 13 novembre 1910.

vons mieux faire que de reproduire exactement ce que dit Violet de ce mode d'exploration, à propos du diagnostic du cancer : « il permet de sentir les bords indurés de la tumeur, les irrégularités de sa surface ulcérée. Avec la sonde, on a très nettement la sensation de saillies se traduisant par des ressauts brusques accompagnés de frottements sur des portions dures et rugueuses. Ces sensations sont tactiles et auditives.

La sensation de rugosité que donnent les bords indurés sur le fond de l'ulcération néoplasique est tout à fait nette. Quiconque l'a sentie et entendue une fois est capable de la retrouver. C'est le cri utérin un peu plus sourd auquel s'ajoute une sensation tactile de ressaut et de frottement dur ».

Par ce mode d'exploration Violet a du reste obtenu des résultats très encourageants tant dans le sens positif que dans le sens négatif. Cette exploration lui suffit quelques fois pour poser un diagnostic certain et pratiquer des hystérectomies sans se servir d'autres moyens de contrôle.

Il est certain que le cathétérisme utérin doit être employé souvent et que dans des mains exercées, il peut arriver à fournir des renseignements très précis ; mais dans beaucoup de cas il est insuffisant et l'on ne peut se borner à ce mode d'exploration pour pratiquer des opérations aussi graves que celle de Wertheim.

Certains trouvent même cette exploration dangereuse à cause de la possibilité qui existe de perforer l'utérus. Ces cas se présentent, Lawson Tait, Valenta et Liebmann (1) en citent plusieurs ; cette

(1) Carl Liebmann. — Perforation de la paroi utérine avec la sonde. (Traduction de Siegfried Halm.)

perforation peut quelques fois se faire très aisément sans qu'il soit nécessaire de déployer le moindre effort, surtout lorsque le tissu utérin a subi des altérations de structure par les tumeurs épithéliales ; elles sont rares cependant. Si cette exploration est pratiquée comme la préconise Violet, on ne craint absolument rien et nous ne manquerons pas le cas échéant de la pratiquer pour obtenir quelque indication, que nous pourrons au besoin contrôler par un autre procédé.

CHAPITRE II

CURETTAGE EXPLORATEUR

Un moyen d'exploration qui permet souvent de faire le diagnostic de tumeur intra-utérine et d'en préciser la nature, consiste dans le curettage ; il s'agit plutôt d'un raclage d'une partie de la muqueuse que d'un curettage réel ; il est pratiqué dans le but de ramener des parcelles de tissu qui seront ensuite examinées au microscope.

Pour pratiquer ce curettage explorateur, on doit d'abord obtenir une légère dilatation du col ; une simple tige de laminaire pourra quelquefois suffire ; d'autres fois, comme la dilatation ne doit pas être considérable, on peut faire usage d'un dilatateur mécanique. On se sert ensuite d'une curette mousse de petite dimension afin de pouvoir la faire pénétrer facilement, on l'introduit jusqu'au fond de l'utérus et on la retire après avoir gratté les différentes faces de cette cavité. Les fragments sont recueillis pour être examinés le plus rapidement possible.

Cet examen histologique des fragments devrait être fait systématiquement dans tous les cas où l'on pratique un curettage, même lorsqu'il s'agit d'un curettage curateur, car il peut permettre quelquefois de reconnaître de très bonne heure une lésion maligne de l'utérus à une époque où elle est encore très loca-

lisée et où, convenablement traitée par une hystérectomie large, elle peut et doit guérir.

Tel est le cas rapporté par Engelhorn (1), et dont les apparences étaient celles d'une simple métrite hémorragique.

OBSERVATION II

Métrorragie due à un adéno-carcinome de l'utérus chez une personne de 23 ans.
Diagnostic posé par examen histologique de débris obtenus par un curettage

Résumé de l'observation

Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans, qui avait toujours eu des règles abondantes et assez régulières. Depuis quelque temps, et à l'occasion d'une affection pulmonaire, elle avait des règles abondantes, accompagnées de douleurs violentes dans le bas ventre.

A l'examen on trouve le col normal, le corps de l'utérus légèrement augmenté de volume, les annexes saines. On diagnostique métrite hémorragique et on pratique un curettage qui ramène une assez grande quantité de débris de muqueuse homogènes et transparents.

Comme il paraissait impossible de débarrasser l'utérus de tout son contenu, la curette ramenant sans cesse de nouveaux fragments, on interrompit l'opération.

L'examen histologique des fragments montre un adénocarcinome typique.

On pratique alors une hystérectomie abdominale totale par le procédé de Wertheim.

Mais dans de nombreux cas, le curettage est insuffisant pour permettre un diagnostic exact, et le trai-

(1) Engelhorn. — Beitrage zur Geburtshulfe und Gynækologie, 1900.

tement que l'on peut faire subir à la malade, n'amène qu'un mieux passager.

On voit souvent des malades ayant présenté autrefois des hémorragies et ayant à ce moment subi un curettage, venir vous trouver quelques mois après pour de nouvelles métrorragies. Pendant les deux mois qui ont suivi le curettage, elles se sont très bien portées, elles n'avaient plus de pertes hémorragiques, leurs règles avaient repris leur régularité normale, puis peu à peu, elles sont redevenues plus abondantes et les métrorragies ont repris comme par le passé.

De quoi cela provient-il ? Il s'agit souvent uniquement d'une petite tumeur bénigne, d'un petit polype sessile ou pédiculé qui sera par exemple logé au niveau d'une corne ou bien tout à fait au fond de la cavité utérine et qui aura échappé à l'action de la curette ; la métrite accompagnant le polype aura été guérie par le curettage et l'hémorragie aura cessé pendant quelques temps, mais le polype, cause de cette métrite ayant subsisté, les mêmes symptômes ont maintenant repris.

C'est précisément le cas de la malade qui fait l'objet de l'observation n° VI que nous rapportons plus loin, et dont le diagnostic fut fait par un autre mode d'exploration.

L'insuffisance du curettage en pareil cas peut être rapprochée de ce qui se passe parfois dans le cas d'avortement. On connaît ces faits dans lesquels à la suite de pertes plus ou moins prolongées, succédant à un retard de règles, on porte le diagnostic d'avortement incomplet. On pratique un curettage pour compléter l'évacuation de l'utérus ; la curette n'a rencontré nulle part de corps étranger, ni d'obstacle anormal et l'on est tout surpris de voir la femme

expulser spontanément le lendemain ou le surlendemain... un fœtus.

Dans un curettage on fait porter l'action de la curette sur toute la surface de la cavité utérine, on y réussit plus ou moins bien, la curette est un instrument aveugle qui n'insiste souvent pas assez sur certaines parties où son action serait surtout utile, pour revenir sur des endroits où elle a déjà passé.

CHAPITRE III

HYSTÉROSCOPIE

Un autre mode d'investigation clinique ayant pour but le diagnostic de lésions intra-utérines, consiste dans l'inspection.

Ce mode d'inspection a été inauguré par Vulliet, de Genève ; il consiste à dilater le canal cervico-utérin dans des proportions telles que le regard puisse pénétrer directement dans la cavité. Pour obtenir cette dilatation Vulliet bourre la cavité utérine de petits tampons aseptiques ; ce tamponnement reste à demeure durant deux jours et au bout de ce temps, on lui en substitue un autre plus volumineux. Au bout de six à huit obturations successives, réparties en quinze à vingt jours, on obtient une dilatation telle que l'endoscopie de toute la cavité utérine devient possible, grâce à un petit speculum bivalve.

Ce procédé n'a guère été employé que par le chirurgien qui l'a préconisé ; on lui reproche les fortes souffrances qu'il occasionne et la lenteur de son application. On a construit des speculum intra-utérins, destinés à écarter les lèvres du col de l'utérus dilaté et rendre plus visible la cavité utérine ; le speculum de Jobert de Lamballe, celui construit par Mathieu et celui fabriqué par Collin se proposent ce but, mais même avec eux, il est très difficile de voir distinc-

tement, quoi que ce soit dans l'intérieur de la cavité utérine, la seule lumière du jour étant tout à fait insuffisante pour l'éclairage.

De même que pour la vessie, on a cherché aussi à voir à l'intérieur de la cavité utérine et un certain nombre d'instruments, d'ailleurs tombés en désuétude ont été construits au siècle dernier. Depuis plusieurs années Clado s'est particulièrement attaché à cette hystéroscopie ; ces derniers temps, David a tâché de la perfectionner et de la rendre plus pratique, il l'emploie surtout dans les infections puerpérales.

Ce procédé ne présente aucun avantage sur les autres modes d'exploration et en particulier sur le toucher intra-utérin dont nous allons parler, il demande lui aussi une dilatation préalable de l'utérus, il exige une instrumentation tout à fait spéciale et en somme, il ne permet de voir que des détails insignifiants.

CHAPITRE IV

DILATATION DE L'UTÉRUS, INCISION DU COL. - TOUCHER INTRA UTERIN

PARAGRAPHE PREMIER

HISTORIQUE

Le moyen d'explorer de la façon la plus complète la cavité utérine consiste dans la dilatation du col et le toucher intra-utérin ; cette conception hardie appartient à Simpson.

En 1844, dans une communication présentée à la Société médico chirurgicale d'Edimbourg, il proposait « un moyen inoffensif de dilater la cavité du « col et du corps de l'utérus, de façon à pouvoir « introduire un doigt dans cette cavité, faire le dia- « gnostic et opérer. » Le moyen décrit consistait en l'introduction dans l'orifice et la cavité de la matrice de tentes-éponges, ayant pour effet de dilater graduellement ces parties au degré voulu ; l'emploi de tente-éponge, introduit journellement et en augmentant son volume et sa longueur lui permet d'atteindre facilement le fond de l'utérus avec son index.

Voici une des premières observations qu'il rapporte sur ce sujet.

OBSERVATION III

Simpson. Clinique obstétricale et gynécologique

(traduit par le Dr Chantreuil)

En 1844, une malade, âgée de 36 ans, aux soins du Dr Graham, de Dalkeitts, fit une fausse couche dont elle ne se rétablit jamais bien. Auparavant elle avait eu quatre enfants. Quand je la vis pour la première fois, deux ou trois ans après, elle était émaciée, extrêmement pâle à cause de l'excessive perte de sang qu'elle avait subie pendant quelque temps ; sa faiblesse était telle qu'elle ne pouvait que difficilement se lever et marcher dans sa chambre. En 1847, je dilatai complètement l'intérieur du col et du corps de l'utérus à l'aide d'une série de tentes-éponges et finis par sentir un polype dur et rond fixé tout à fait au fond de la matrice et faisant une saillie de la grosseur d'une noix dans la partie supérieure de la cavité de l'organe. Il fut impossible de s'assurer comment le polype était pédiculé ou d'opérer sur le pédicule. Je pus atteindre le corps rond de la tumeur que je comprimais fortement et à plusieurs reprises, dans les mors du lithotome, à l'effet de broyer ses tissus et d'en détruire la vitalité. Un écoulement purulent s'ensuivit et trois morceaux assez gros de tissu organisé furent rejetés. Le rétablissement après la fin de ces écoulements fut graduel, mais complet.

Le toucher intra-utérin est depuis Simpson employé mais avec réserve en gynécologie, le procédé de dilatation utérine a seul changé.

Sloan (1) substitua à l'éponge la laminaire dont l'usage se généralisa rapidement, plus tard on préconisa la racine de gentiane (2) et la tige de tupelo (3) (racine de hyosa aquatica). En 1879, Schultze se prononçait pour l'emploi des dilatateurs à volume variable ; les dilatateurs mécaniques, formés de branches pouvant s'écarter les unes des autres ont d'abord été employées en accouchement, Ellinger a recommandé pour la gynécologie un dilatateur à deux branches qui a été souvent employé et a subi de nombreuses modifications. Schultze et Sims ont fait construire un dilatateur analogue.

L'emploi de bougies solides, de volume invariable et ne produisant la dilatation que par l'emploi d'instruments de plus en plus volumineux, paraît avoir été fait tout d'abord, d'une manière méthodique, en Angleterre, par Praslee (4), par Lawson Tait, par Hégar qui présente ses instruments au Congrès de Bade, en septembre 1879.

M. Sécheyron, de Toulouse, emploie un procédé de dilatation qui ressemble à la méthode décrite par Bonnaire et employée pour l'accouchement méthodiquement rapide ; il introduit par des mouvements de vrille l'index de la main droite jusqu'au niveau de l'orifice interne et, par un massage excentrique, il obtient une dilatation bientôt suffisante pour introduire l'index de la main gauche. En vingt minutes, tout au plus, la dilatation serait bien suffisante pour faire une exploration digitale de la cavité et pourrait

---

(1) *Glascow Méd. Journal*, oct. 1862.

(2) Winckel. — Deutsche clinik, 1867, t. xxix.

(3) Elischer. — Sur l'emploi de la tige de tupelo. Central blatt für gynakologie, 1880.

(4) *New-York Méd. Journal*, 1870.

même être le premier temps de l'opération dans l'énucléation des fibromes.

La simple dilatation ne suffisant pas dans quelques cas pour introduire le doigt, on la complète par le débridement du col qui consiste ou bien à inciser simplement aux ciseaux les deux lèvres du col, ou bien, dans certains cas, à faire une incision bilatérale complète du museau de tanche, comme l'indique Poggi, ce qui devient une véritable opération dont nous reparlerons plus loin.

PARAGRAPHE II

SES AVANTAGES

A notre époque, le toucher intra-utérin est un procédé relativement peu employé ; c'est cependant un procédé classique préconisé par la plupart des gynécologues. Violet, qui préconise le cathétérisme utérin, reconnaît cependant que le toucher utérin est et restera toujours le moyen le plus sûr de lever les doutes sur la possibilité d'une dégénérescence néoplasique de la muqueuse du corps. Il est évident qu'il ne peut tout de même pas compter comme procédé courant d'examen gynécologique ; il peut l'être en obstétrique où souvent le col de l'utérus se trouve largement dilaté et où le praticien n'a qu'à observer rigoureusement les règles de l'asepsie. En gynécologie, au contraire, la dilatation nécessite souvent une instrumentation

un peu spéciale et constitue à elle seule une petite opération.

Mais il faut voir si les résultats que l'on en obtient en valent la peine.

Le toucher permet de se rendre un compte exact de l'état de la cavité utérine ; il permettra facilement de reconnaître une tumeur et, aidé de l'examen histologique, de faire un diagnostic de métrite.

Le cas que nous rapportons concerne une malade chez laquelle on pouvait songer à une tumeur intra-utérine et qui ne présentait que des lésions de métrite.

L'exploration digitale de l'utérus permettait, dans ce cas, de reconnaître la présence de masses polypeuses implantées au niveau d'une corne utérine et de faire porter utilement l'action de la curette sur ce point. La nature de ces productions ne pouvant être établie par le simple toucher, l'aspect macroscopique ne suffisant pas non plus pour poser le diagnostic, l'examen histologique des fragments a été nécessaire et a permis de reconnaître qu'il s'agissait simplement de lésions inflammatoires.

OBSERVATION IV

Observation personnelle prise dans le service de M. Goinard

Métrorragie due à une métrite fongueuse. Toucher intra-utérin. Curettage

Mme L..., âgée de 24 ans ; mariée depuis deux ans, n'a pas eu d'enfants, ni de fausses couches.

La malade a commencé à souffrir il y a six ans. A ce moment elle avait des pertes hémorragiques alternant avec des pertes leucorrhéïques, s'accompagnant de douleurs dans la région lombaire.

Elle vint à l'hôpital il y a trois ans, dans un état d'anémie avancé ; elle y subit un curettage en juillet 1908. Après ce curettage les règles furent normales pendant deux mois ; puis devinrent de nouveau plus abondantes et recommencèrent comme autrefois.

On a fait suivre à cette malade un traitement médical qui n'apporte aucune modification ; elle rentre de nouveau à l'hôpital le 31 mai 1911.

L'examen de la malade montre un utérus qui est légèrement augmenté de volume. La longueur de la cavité utérine est de 8 cm., le col est légèrement entrouvert. Il n'y a rien de particulier aux annexes.

M. Goinard fait une dilatation de l'utérus à l'aide des bougies de Hégar ; on pratique ensuite le toucher intra-utérin. Nous sentons au niveau de la corne droite des végétations polypeuses, le reste de la cavité est lisse.

On pratique un curettage ; les débris que l'on en retire sont examinés par M. Murat.

Résultat de l'examen histologique : Lésions inflammatoires. Hypertrophie glandulaire. Pas de formations épithéliomateuses.

Nous avons eu donc simplement affaire à une métrite fongueuse que Pozzi classerait dans les métrites polypeuses.

L'exploration digitale peut quelquefois suffir à affirmer une tumeur et même sa bénignité sans que le microscope ait à venir corroborer le diagnostic posé par cet examen ; c'est le cas de certains polypes, nettement pédiculés, libres et mobiles « comme un battant de cloche » dans la cavité utérine.

Le toucher intra-utérin sera alors le premier temps d'une intervention conservatrice. La technique opératoire de cette intervention n'aura été nullement entravée ou bien, plus compliquée du fait de cette exploration ; bien au contraire, grâce aux renseignements que l'on aura acquis du fait de ce toucher, on

fera manœuvrer sa curette avec beaucoup plus de profit dans une direction ou dans une autre. Comme nous le disions à propos du curettage explorateur, ceci a surtout de l'importance pour ces petites tumeurs qui ne se présentent pas naturellement à l'action de la curette et à côté desquelles ou même sur lesquelles celle-ci pourrait bien passer sans parvenir à les enlever. C'est le cas des tumeurs qui se trouvent tout à fait au fond de l'utérus ou bien au niveau d'une corne, ou bien encore de ces petites tumeurs fibreuses n'offrant pas un grand relief et que la curette ne fait qu'entamer.

On comprend très bien que grâce aux indications fournies par le toucher, on va faire porter surtout l'action de la curette à l'endroit où se trouve implantée la tumeur, et l'on ira même ensuite s'assurer avec le doigt qu'il n'en reste plus de traces ; on n'aura pas ainsi à craindre d'avoir pratiqué une intervention incomplète.

OBSERVATION V

due à l'obligeance de M. Goinard

Métrorragie due à un polype inséré au fond de l'utérus
Toucher intra-utérin. Excision du polype

Mme M..., 55 ans environ, 3 enfants. Métrorragies durant depuis un an à 18 mois, rebelles à tous les traitements médicaux mis en œuvre.

Examen : Col normal, annexes indemnes, *gros utérus*. En raison de l'âge, de la persistance des métrorragies, de l'augmentation de volume de l'utérus, les probabilités paraissent en faveur d'un cancer du corps.

On décide de faire une dilatation sans anesthésie si pos-

sible, un toucher intra-utérin suivi d'un curretage explorateur et éventuellement curateur.

Le 9 janvier 1911, on fait une dilatation aux bougies de Hégar, sans anesthésie à cause d'une cardiopathie ancienne. Lorsque la dilatation est assez avancée pour permettre l'introduction de l'index jusqu'au niveau de l'isthme, on sent nettement à ce niveau que la pulpe du doigt arrive au contact de l'extrémité inférieure libre et mobile comme un battant de cloche d'une petite tumeur dont l'insertion apparemment située vers le fond de l'utérus est inacessible au doigt qui ne pourrait pénétrer plus loin sans un complément de dilatation qu'il serait à peu près impossible de réaliser sans anesthésie.

L'extrémité pendante de la tumeur est alors saisie avec une pince de Kocher et sectionnée aux ciseaux au-dessus du point d'application de la pince.

Mais une nouvelle exploration montre alors que l'extirpation est incomplète et qu'une partie de la tumeur reste dans l'utérus. Cette partie est de nouveau saisie par la pince et sectionnée aux ciseaux le plus loin possible. Le point d'insertion est ensuite raclé à la curette.

Les deux portions successivement sectionnées étant juxtaposées par leur surface de section très reconnaissable à l'œil nu, forment par leur réunion une petite masse à surface extérieure lisse et unie, semblant recouverte de muqueuse, offrant le volume et la forme d'une amande décortiquée.

L'examen histologique pratiqué par M. le Professeur Soulié, a révélé un fibro-myome.

Les metrorragies ont immédiatement et définitivement cessé, la malade va et vient, voyage en automobile, sans que les pertes aient reparu.

OBSERVATION VI

prise dans le Service de M. le Professeur Vincent

Metrorragie due à un polype placentaire, rebelle à un premier curettage. — Toucher intra-utérin. Curettage. Guérison

Mme C..., 31 ans, entrée le 4 janvier 1909, à la salle Bichat. A fait une fausse-couche, il y a quatre ans, elle a été suivie de métrorragies qui ont nécessité un curettage pratiqué à Oran par le Dr Devésian.

Les hémorragies cessent bientôt, mais reprennent ensuite progressivement et, en novembre 1908, le Dr Varot pratique un second curettage.

La malade sort de l'hôpital, mais continue à avoir des métrorragies, qui nécessitent de nouveau son entrée. M. le Professeur Vincent, après dilatation aux bougies de Hégar et sous-anesthésie, fait un curage digital et retire une formation polypeuse de la grosseur d'un pois et située au niveau de l'orifice de la trompe droite.

La malade a fait ensuite une poussée salpingienne double, les hémorragies ont cessé.

OBSERVATION VII

Observation personnelle, prise dans le Service de M. Goinard

Métrorragie due à un polype inséré au fond de l'utérus. Section bilatérale du col. Toucher intra-utérin. Excision du polype

Mme O..., âgée de 57 ans, a neuf enfants, dont le dernier a 17 ans ; n'a jamais fait de fausses-couches.

Il y a sept ans, la malade a souffert du ventre et avait

des pertes hémorragiques qui ont nécessité un curettage.

A la suite de ce curettage, elle se porte bien pendant trois ans ; de nouveau, il y a quatre ans, à la suite de fatigues, les hémorragies reprennent et obligent la malade à garder le repos. Elle éprouve des douleurs dans la fosse iliaque droite, ces douleurs s'irradient du côté des reins et quelques fois dans la cuisse droite.

Cette malade n'a jamais eu de leucorrhée.

A l'examen, nous trouvons un utérus en position physiologique, augmenté de volume. Le col est mou, légèrement entr'ouvert, les annexes sont libres.

M. Goinard pratique la dilatation du col aux bougies de Hégar ; cette dilatation donne accès sur la partie inférieure d'un polype inséré au fond de l'utérus. Ce polype n'étant pas encore suffisamment accessible, la dilatation est accompagnée d'un débridement du col par deux incisions latérales.

La masse polypeuse est du volume d'une amande, elle est saisie et sectionnée à son insertion, la cavité utérine est curettée. On termine l'opération par la suture des incisions cervicales aux crins de Florence.

Les hémorragies ont complètement cessé.

OBSERVATION VIII

Observation personnelle prise dans le Service de M. Goinard

Métrorragie due à une tumeur bénigne insérée sur la paroi antérieure de l'utérus. Toucher intra-utérin. Désinsertion de la tumeur

Mme R..., âgée de 57 ans, a eu sept grossesses entre 21 et 32 ans ; les suites de couches ont toujours été normales, elle n'a jamais eu d'infection.

A 47 ans, les règles cessent et, jusqu'à 55 ans, la malade n'a présenté aucun trouble du côté des organes géni-

taux. Depuis environ deux ans, Mme R... a des pertes blanches peu abondantes et pendant les deux mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital, elle avait des pertes rosées et quelques douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant dans la région lombaire.

La malade prétendant avoir considérablement maigri depuis un an, l'existence de pertes rosées et de douleurs abdominales firent penser à un cancer du corps de l'utérus et un chirurgien qui l'avait examinée auparavant lui avait proposé une hystérectomie.

Son utérus était du reste augmenté de volume, le toucher vaginal ne fournissait aucun renseignement.

M. Goinard fit une dilatation aux bougies de Hégar et une exploration digitale de l'utérus ; sur la paroi antérieure de l'utérus, il sentit nettement une petite tumeur lisse, de consistance ferme et du volume d'une noisette. Avec la curette, il put facilement désinsérer cette tumeur et terminer l'opération par un curettage.

La malade est sortie de l'hôpital le 17 novembre complètement rétablie.

Dans ce cas, l'exploration de l'utérus a permis d'éviter l'hystérectomie chez une femme qui, en raison de son âge, n'avait évidemment pas grand besoin de son utérus ; mais cet examen a cependant permis d'éviter une opération qui est loin d'être sans gravité.

OBSERVATION IX

Due à l'obligeance de MM. Pélissard et Vincent

Métrorragie due à un polype placentaire,
rebelle à un premier curettage.
Toucher intra-utérin. Curettage. Guérison.

Mme P..., âgée de 38 ans, a eu deux grossesses il y a 18 et 16 ans. Il y a 12 ans eut un avortement suivi d'in-

fection utérine pour laquelle elle subit un curettage. La malade eut un second avortement il y a 2 ans.

Le 17 avril 1911, brusquement et sans causes, elle expulsa un fœtus de 3 mois, il n'y eut pas d'infection consécutive. Le mois suivant apparaissent de petites hémorragies peu abondantes qui augmentent progressivement et qui, le 30 mai, nécessitent un curettage.

Le 13 juin, alors que la malade était rétablie, elle est prise d'une métrorragie excessivement abondante qui se renouvelle le 14 et met la malade dans un état inquiétant.

Le 18 juin, une nouvelle hémorragie ayant eu lieu, M. le Professeur Vincent, appelé en consultation, intervient. A ce moment, l'utérus était légèrement augmenté de volume, le col était mou et entr'ouvert.

M. Vincent fait sans anesthésie une dilatation aux bougies de Hégar ; cette dilatation s'effectue facilement jusqu'au n° 19 de la filière Charrière ; l'exploration digitale permet de sentir au niveau de la corne droite, une petite tumeur grosse comme un pois, qui est ensuite enlevée à la curette.

Les suites ont été normales ; depuis cette intervention, la guérison est restée parfaite.

OBSERVATION X

due à l'obligeance de M. le Professeur Vincent

Métrorragie due à un fibrome inséré sur la paroi utérine postérieure.
Toucher intra-utérin. Enucléation de la tumeur.

Mme X..., âgée de 34 ans, se plaint d'avoir des pertes de sang depuis plusieurs mois ; ses règles viennent à époque fixe, mais elles sont plus abondantes et revêtent souvent le caractère hémorragique.

Dans l'intervalle, la malade accuse un peu d'humidité, mais il n'y a pas de pertes blanches bien nettes. Préoccu-

pée du renouvellement des pertes sanguines, elle me demande conseil sur le traitement à suivre.

Le col est sain ; l'utérus, apprécié par la palpation bimanuelle, paraît légèrement augmenté de volume, mais sa surface est régulière, sans bosselures. On ne constate rien au niveau des ovaires.

Le diagnostic de métrite hémorragique ne s'impose pas ; il ne paraît pas s'être produit de l'infection chez cette malade, à la suite des deux grossesses qu'elle a eues ; on croit aussi pouvoir éliminer une affection salpingo-ovarienne comme cause des pertes rouges ; l'examen de l'utérus ne révèle aucune espèce de fibrome.

Il est décidé de procéder à une dilatation suffisante de l'utérus pour examiner sa cavité. Dès que cette dilatation est obtenue, l'introduction du doigt permet de reconnaître la présence d'un fibrome gros comme une noisette, implanté sur la paroi postérieure et faisant saillie dans la cavité utérine.

Le fibrome est énucléé aussitôt ; depuis cette intervention qui date de plusieurs années, la guérison est restée parfaite.

OBSERVATION XI

due à l'obligeance de M. Goinard

Métrorragie due à un polype de l'utérus. Simple dilatation

Mme D..., 35 ans, mère de deux enfants, âgés de 6 et de 8 ans, a des métrorragies rebelles durant depuis déjà plusieurs mois.

L'examen est négatif. Le col utérin est légèrement entr'ouvert, il n'y a pas d'augmentation de volume de l'utérus ; rien aux annexes.

Le diagnostic posé est celui de métrite hémorragique.

Le 16 mars, on fait subir à cette malade un curettage ; la dilatation est faite avec des bougies de Hégar. Lorsqu'on

retire la 3e ou 4e bougie, un petit polype muqueux, gros comme un haricot, vient derrière elle.

Il est très vraisemblable que ce petit polype a été l'unique cause des métrorragies.

Si le toucher décèle une masse fongueuse, siégeant au fond de l'utérus, présentant tous les caractères d'une tumeur épithéliale, on se contentera de prélever avec la curette un fragment de la tumeur, afin que le microscope vienne encore confirmer le diagnostic.

Le traumatisme infligé à la malade n'aura pas été bien grand et sera facilement supporté ; le chirurgien pourra ensuite, sans arrière-pensée, pratiquer une hystérectomie aussi large que possible.

Nous rapportons deux observations où il s'agit de tumeurs malignes et dont le diagnostic fut fait par l'exploration digitale.

OBSERVATION XII

due à l'obligeance de M. le Professeur Vincent

Métrorragie due à un cancer du corps de l'utérus. Toucher intra-utérin. Hystérectomie

Mme X..., âgée de 43 ans, a eu deux enfants ; les grossesses n'ont rien présenté de particulier.

Depuis deux années, elle a des pertes blanches souvent striées de sang, qui, à certains moments, sont assez abondantes.

Elle se confie en province et à Paris aux soins de divers chirurgiens qui prescrivent des injections vaginales et des pansements qui n'ont amené aucune amélioration.

C'est à ce moment que je suis appelé par son médecin

habituel à établir un diagnostic et à formuler un traitement.

L'utérus est mobile. Le col paraît sain au toucher. Le palper bi-manuel permet de reconnaître que l'utérus est régulier et un peu augmenté de volume. L'examen au spéculum confirme l'apparence saine du col utérin.

Il s'agit évidemment d'une lésion intra-utérine, polype ou néoplasme du corps.

La dilatation de l'utérus permet d'explorer sa cavité et de reconnaître l'existence d'une tumeur friable située dans la corne gauche. Des fragments sont retirés avec une curette et l'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un épithélioma.

Je propose une hystérectomie abdominale. Le beau-frère de la malade, qui est lui-même médecin, insiste pour le choix de la voie vaginale.

Hystérectomie vaginale. Guérison qui s'est maintenue jusqu'à ce jour depuis 4 ans et 3 mois.

OBSERVATION XIII

due à l'obligeance de M. Ferrari

Métrorragie due à un cancer du corps de l'utérus. Toucher intra-utérin. Hystérectomie

Mme D..., 56 ans, vint nous trouver au mois de juin 1910 pour des pertes de sang qui ont fait leur apparition depuis trois mois. La malade n'était plus réglée depuis 5 ans. Ces pertes sanguines n'ont pas pris l'allure de métrorragies abondantes, elles n'ont pas affaibli la malade, et si ce n'était leur apparition à intervalles peu éloignés (8 à 15 jours), elle ne s'en tracasserait pas. En effet, l'état général de Mme D... est excellent. Elle n'a pas maigri, l'appétit est conservé.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Personnellement,

elle n'a jamais été malade ; réglée à 14 ans, ses règles furent toujours normales. Elle eut 5 enfants tous bien portant et jamais de fausses couches.

Ses accouchements furent normaux, les suites de couches également.

Le toucher combiné à la palpation abdominale en position de Jayle, nous permet de percevoir un col utérin indemne, le corps de l'utérus est quelque peu hypertrophié. L'utérus n'est pas douloureux ; anteversion et mobilité normales. Rien dans les culs-de-sac.

A l'examen au spéculum, col sain en apparence.

Après savonnage et lavage du vagin, nous pratiquons l'hystérométrie. Elle nous donne 7 1/2. Mais un fait a attiré notre attention : en poussant l'hystéromètre après avoir franchi l'orifice interne du col, nous eûmes la sensation que l'instrument traversait quelque chose d'irrégulier, de bourgeonnant. C'est alors que nous donnons le conseil à la malade d'accepter une dilatation afin de parfaire le diagnostic par le toucher intra-utérin, suivi, s'il y a indication, d'un curettage. C'est ce qui fut fait.

La dilatation fut pratiquée avec des tiges de laminaire pendant 4 jours. La dernière tige placée portait le n° 20. La dilatation fut complétée avec des bougies de Hégar jusqu'au n° 18. C'est ensuite que, fixant la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux et attirant l'utérus en bas, nous pûmes introduire l'index de la main droite dans la cavité utérine et percevoir sur la face antérieure et sur la face postérieure du corps de l'organe, une touffe de végétations assez consistantes et saignant abondamment.

Le toucher fut suivi d'un curettage. La curette ramena de gros paquets de fongosités dont l'examen histologique pratiqué par notre ami, le Dr Lemaire, confirma le diagnostic fait par le toucher : cancer du corps de l'utérus.

La malade subit dans les jours qui suivirent, l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de Wertheim.

PARAGRAPHE III

CONTRE-INDICATIONS

Nous avons vu que le mauvais état général n'était pas une contre-indication à ce procédé d'exploration de l'utérus. Une malade présentant un degré d'anémie extrême peut très bien supporter cette petite opération ; elle est ordinairement de courte durée et le traumatisme qu'elle crée n'est pas considérable ; l'effusion du sang qui se produit au cours d'un curettage est insignifiante. On n'a rien à craindre pour les suites opératoires, si l'on a opéré aseptiquement.

Il importe, évidemment, de ne jamais entreprendre d'opération consistant à pénétrer dans la cavité utérine sans être assuré qu'il n'existe aucune présomption de grossesse ; on doit se tenir en garde contre certaines malades, habituées aux manœuvres gynécologiques, qui viennent vous trouver uniquement dans le but de faire cesser une grossesse gênante en vous demandant un examen génital. On évitera autant que possible d'explorer la cavité utérine pendant la période menstruelle. On peut cependant enfreindre cette règle dans les cas qui réclament une intervention rapide.

La seule contre-indication sérieuse qui peut exister à l'emploi du toucher intra-utérin consiste dans la présence d'une lésion annexielle.

Mais d'abord, nous avons vu que les lésions annexielles peuvent être le point de départ d'un réflexe hémorragique. Lorsque nous aurons à observer des malades présentant des métrorragies, nous devrons donc chercher très minutieusement si celles-ci ne

présentent pas de lésions du côté de leurs trompes ou de leurs ovaires et bien interroger leurs antécédents à ce point de vue et, dans le cas où ces malades présenteraient quelque chose de ce côté-là, il faudrait commencer par soigner par un traitement approprié leurs lésions salpingo-ovariennes. Souvent, un repos complet un peu prolongé suffira pour supprimer ces métrorragies.

Le traumatisme infligé par le toucher intra-utérin pratiqué dans ces conditions risquerait de réveiller un processus inflammatoire d'une lésion refroidie. Ce qui crée surtout le traumatisme dans ce cas, ce n'est pas tant le toucher et la dilatation qui doit le précéder que l'abaissement de l'utérus que l'on est obligé de pratiquer.

Ces complications sont les plus fréquentes ; l'examen ne permet souvent pas de déceler une lésion annexielle insignifiante et une poussée inflammatoire survenant quelques jours après le curettage en fait reconnaître trop tardivement l'existence.

On a tendance à pratiquer parfois trop facilement la dilatation de l'utérus, particulièrement pour curetter la cavité utérine, et l'on voit souvent des complications péri-utérines se produire de ce fait.

L'abaissement de l'utérus est nécessaire pour pratiquer le toucher ; il est ordinairement possible, mais, dans certains cas, on ne peut abaisser la matrice que modérément ou même pas du tout ; dans de tels cas, l'index atteint à peine les limites de l'isthme et l'exploration devient impraticable.

De plus, dans quelques autres cas, on ne réussit pas à introduire le doigt assez profondément dans la cavité de l'utérus, malgré un bon abaissement de l'organe ; c'est le cas lorsque le sujet est une femme grasse, aux

cuisses et à la vulve proéminentes, dont l'obésité constitue un obstacle au toucher.

M. Ferrari, qui s'est trouvé en face de cette difficulté, a bien voulu nous donner l'observation de sa malade.

OBSERVATION XIV

due à l'obligeance de M. Ferrari

Toucher intra-utérin rendu impossible à cause de l'obésité de la malade

Mme Q..., 60 ans, me fait appeler parce que depuis cinq mois, elle a des pertes rosées qui tachent sa chemise. Elle n'est plus réglée depuis déjà 10 ans et s'inquiète de ces pertes qui s'accompagnent de douleurs dans les lombes et dans les fosses iliaques.

Rien dans ses antécédents, la malade a eu un enfant à terme, jamais de fausses-couches.

Mme Q... n'a pas maigri et nous constatons d'ailleurs un degré d'obésité respectable, puisqu'elle pèse 104 kilos.

Le toucher est très difficile à cause de cet embonpoint. Nous arrivons à peine sur le col, mais nous le touchons suffisamment pour constater qu'il ne présente rien d'anormal. Il est impossible de sentir le corps utérin à travers le pannicule adipeux. Les culs-de-sac paraissent libres.

Revue dans notre cabinet quelques jours après, l'examen au spéculum ne nous révéla rien. Le toucher rectal ne permit pas davantage de bien percevoir le corps utérin. Nous conseillons la dilatation qui est acceptée ; elle est faite avec des tiges de laminaire et complétée avec les bougies de Hégar.

La pince de Museux ne nous permit pas d'abaisser convenablement l'utérus et le toucher intra-utérin fut impossible, le doigt ne pouvant arriver à franchir l'orifice in-

terne. Nous pensons alors à pratiquer l'hystérométrie qui nous donne un utérus de 12 centimètres et permet de sentir des végétations dans la cavité utérine. Quelques coups de curette ramenèrent des végétations dont l'examen histologique pratiqué par le Dr Lemaire démontra qu'il s'agissait d'un cancer du corps de l'utérus. La malade a refusé l'intervention.

Cette observation nous montre l'impossibilité où l'on se trouve chez les obèses ou quand l'utérus s'abaisse mal, de pratiquer le toucher intra-utérin.

Il y a d'autres contre-indications qui tiennent à l'état du col utérin. La présence d'une tumeur intra-utérine entraîne quelquefois des modifications pathologiques telles que le ramollissement du col ; dans ce cas, la dilatation se fait aisément ; dans d'autres cas, le col n'ayant pas subi ces modifications offre à la dilatation une résistance inaccoutumée. Cet obstacle au toucher intra-utérin peut être écarté ; il n'existe ordinairement pas lorsque l'on a fait précéder la dilatation aux bougies de Hégar d'une dilatation préalable, assez avancée, avec des tiges de laminaire ; celles-ci ont l'avantage d'assouplir le canal cervico-utérin, comme nous le dirons plus loin ; il faut, dans certains cas, employer progressivement plusieurs calibres de tiges de laminaire et porter la dilatation à un degré suffisamment avancé. L'anesthésie facilite aussi beaucoup la dilatation et diminue la résistance que l'on éprouve lorsque la bougie arrive à l'orifice interne du col. Le col peut non seulement offrir une tonicité normale, mais présenter un certain degré de rigidité qui rend sa dilatation impossible. Des cas semblables se rencontrent chez des nullipares ou des femmes âgées.

Encore même le col peut être atteint de cette rigi-

dité anatomique sur laquelle Wallich attira l'attention en 1890 et que Couvelaire (1) a de nouveau expliqué par la présence d'un processus inflammatoire très net.

Nous nous hâtons de dire que ces cas compliqués sont excessivement rares. Si l'on veut pratiquer la dilatation malgré la résistance du col, on risque de produire des déchirures qui, si elles ne sont pas graves, sont tout au moins ennuyeuses. De plus la dilatation étant arrivée à un certain point, si l'on réussit à introduire l'index, il arrive que le doigt serré au niveau de l'isthme ne tarde pas à s'engourdir et de ce fait, les sensations qu'il donne ne sont plus ni bien nettes, ni même toujours exactes. Il vaut mieux dans ces cas se contenter d'autres procédés, tenter une légère dilatation et pratiquer un curettage explorateur.

PARAGRAPHE IV

TECHNIQUE

La préparation de la malade devra être faite avec soin ; on doit s'y attacher autant que s'il s'agissait d'une hystérectomie. Il faudra insister sur l'antisepsie du vagin, ces précautions sont indispensables à l'innocuité de l'intervention.

La désinfection consistera dans un savonnage de la vulve et du vagin, dans des injections vaginales avec des solutions d'eau oxygénée.

---

(1) Couvelaire. — Communication à la Société d'Obs., de Gynéc. et de Pédiatrie, séance du 15 juin 1908.

Les instruments employés sont simplement une pince de Museux, des valves et une série de bougies de Hégar ; on se munira aussi des instruments nécessaires pour pratiquer un curettage et pour exciser un polype. La malade est placée en position dorso sacrée qui est la plus commode.

La chloroformisation n'est pas indispensable ; chez certaines femmes on dilate largement l'utérus dans une seule séance avec les bougies de Hégar, sans avoir recours à l'anesthésie. Chez les malades dont le col de l'utérus est mou et déjà largement dilaté, l'opération se fait assez aisément et au prix de douleurs tout à fait supportables.

Dans d'autres cas la dilatation obtenue sans chloroformisation n'est que partielle et insuffisante, on arrive à un numéro quelconque et l'on est forcé de s'arrêter parce que la douleur de l'opérée et la résistance de l'orifice interne mettent un obstacle presque invincible à la pénétration d'un instrument plus volumineux. Grâce au sommeil anesthésique, on peut pousser beaucoup plus loin la dilatation ; il est relativement plus aisé de faire entrer dans l'utérus pendant la chloroformisation des bougies assez grosses pour permettre l'introduction facile du doigt dans la matrice.

Les dilatateurs mécaniques, tels que celui de Bossi, ne sont ordinairement pas employés, on se sert le plus souvent de bougies de Hégar ; quelquefois la dilatation extemporanée est possible, lorsque par exemple, l'orifice interne du col se trouve déjà forcé par une petite tumeur venant du corps de l'utérus. D'autres fois, on est obligé de l'employer lorsqu'on a affaire à des hémorragies assez importantes dont la durée à suffisamment anémié la malade.

Au contraire lorsque les indications ne sont pas

trop pressantes et que le col a conservé sa tonicité normale, on combine la dilatation avec les bougies de Hégar à la dilatation à l'aide de laminaires

La laminaire arrive à vaincre le spasme de l'orifice interne et assouplit considérablement le canal cervico-utérin, dès lors, l'utérus ne résiste plus à l'action dilatatrice des bougies de Hégar et l'on évite les déchirures qui pourraient se produire au niveau du col.

Pour introduire la laminaire, un speculum étant préalablement placé dans le vagin, on fixe la lèvre antérieure du col à l'aide d'une pince de Museux et on attire le col aussi bas que possible ; on fait ainsi disparaître toute flexion utérine qui pourrait exister et on rend très facile l'introduction de la tige. Cet abaissement de l'utérus est surtout indispensable quand on sait qu'il existe une rétroversion et à plus forte raison une rétroflexion de l'utérus..

Le col étant abaissé, à l'aide d'une pince, on introduit doucement dans le col la laminaire, on sent une résistance quand l'extrêmité de la tige arrive à l'orifice interne, on pousse doucement, la résistance étant vaincue, la laminaire pénètre aisément jusqu'au fond de l'utérus.

On fixe avec un tampon de gaze l'extrêmité inférieure de la tige qui déborde un peu l'orifice externe.

Le plus souvent on peut introduire du premier coup une laminaire correspondant au n° 6 ou 9 de la filière Charrière. La tige est laissée en place de 12 à 24 heures, au bout de ce temps on la retire et on la remplace par un numéro plus fort, on arrive ainsi en 3 ou 4 jours à introduire le n° 19, la dilatation est alors complétée aux bougies de Hégar.

On doit arriver à introduire les bougies n° 19 ou 20, cette dilatation se fait en un quart d'heure environ,

elle est suffisante pour permettre l'introduction de l'index.

Lorsque la dilatation ne s'effectue pas très bien, on peut la faciliter de différentes manières. La *discission du col* est assez peu employée, elle consiste dans la section incomplète de la paroi cervicale, section faite de dedans en dehors et n'intéressant pas la face vaginale.

La *section bilatérale du col* est d'un usage plus courant, elle a été pratiquée dans le cas que rapporte l'Observation VII, cette méthode est simple et expéditive. Il faut introduire la lame la plus fine d'une paire de ciseaux dans le trajet cervico-utérin, tandis que l'autre lame est placée sur la face externe du col, au milieu de la partie latérale de ce segment utérin.

La pointe des ciseaux ne remonte guère qu'à 1 centimètre 1/2 dans le trajet cervical. On peut suivant les besoins faire l'incision progressive en un, deux ou plusieurs temps de toute la portion sous-vaginale du col. On s'arrête lorsque la pointe de la lame externe du ciseau atteint l'insertion vaginale.

Ceci fait on découvre l'autre partie latérale du col en tirant sur la pince à traction de haut en bas, d'arrière en avant et un peu obliquement du côté opposé à la première direction ; la même section est faite symétriquement suivant les mêmes précautions. La section bilatérale ne donne lieu qu'à un saignement peu abondant ; dès que l'exploration est faite, on suture le plus rapidement possible les deux lèvres de la double incision, l'hémostase est complète.

Certains auteurs et en particulier Martin et Pozzi, pratiquent la ligature préalable des artères utérines ou du moins de leurs branches cervico-vaginales et font une *incision bilatérale complète* du museau de tanche ; le col étant abaissé, ils font de chaque côté

une incision allant jusqu'à l'insertion vaginale et cherchent avec le doigt à pénétrer dans la cavité utérine. S'ils éprouvent quelque difficulté, ils glissent dans le col, à plat sur la pulpe de l'index, un bistouri boutonné et en retournant scarifient de chaque côté la face interne du col jusqu'à ce que le doigt puisse passer.

Il s'agit d'une véritable opération, dont le premier temps, la ligature des branches cervico-vaginales de l'utérus, est très délicat et que l'on ne peut entreprendre si l'on n'a déjà acquis une assez grande habitude de la chirurgie utérine.

Lorsque la dilatation est faite on pratique le toucher intra-utérin, Le col saisi avec une pince est maintenu et même abaissé. Tandis que l'index, de la main droite par exemple, pénètre dans l'utérus, la main gauche appliquée sur la paroi abdominale qu'elle déprime, va à la rencontre du fond de l'utérus et repousse de haut en bas le globe utérin.

Ainsi soutenue par en haut, abaissé par la pince de traction, la matrice se présente dans de bonnes conditions pour que l'on puisse faire le toucher intra-utérin. Il faut en effet que l'utérus soit suffisamment abaissé pour que le doigt puisse pénétrer jusqu'au fond de sa cavité ; il est en outre nécessaire que l'utérus ne se dérobe pas par sa mobilité aux tentatives d'introduction du doigt. La traction sur le col sert à lutter efficacement contre la pression que le doigt exerce en s'insinuant dans le canal cervico-utérin, pression qui a pour résultat de repousser la matrice par en haut et de la soustraire par conséquent à l'action utile que l'on cherche. Le palper abdominal contribue à maintenir l'utérus abaissé et s'oppose ainsi à tout mouvement d'élévation.

L'index pénètre donc par l'orifice interne, quand

l'orifice est franchi, l'extrémité digitale manœuvre avec facilité dans le corps utérin, elle expore toute la surface de la cavité et en particulier le fond et les cornes utérines.

Dans certains cas, la combinaison du toucher intra-utérin et du cathétérisme vésical ou du toucher rectal peuvent fournir des renseignements qui ne sont pas à dédaigner.

L'exploration achevée, un traitement approprié suivra ordinairement de près cet examen ; on termine par la suture des incisions cervicales aux crins de Florence, dans le cas où l'on a eu recours à ce procédé, puis par un écouvillonnage de l'utérus à la teinture d'iode et à un lavage abondant de la cavité vaginale.

Il n'est pas nécessaire de faire un pansement vaginal, un pansement vulvaire occlusif suffit ; l'involution utérine est rapide.

CONCLUSIONS

En résumé, nous avons voulu faire ressortir dans notre thèse :

1° La difficulté du diagnostic causal de certaines métrorragies d'origine intra-utérine ;

2° La nécessité de ce diagnostic, duquel dépend la nature et l'étendue de l'intervention ;

3° L'insuffisance des moyens d'exploration employés couramment : examen au spéculum, toucher vaginal, palper bi-manuel et cathétérisme utérin ;

4° Les avantages du toucher intra-utérin :

a) Il corrobore le diagnostic clinique.

b) Dans le cas de tumeur bénigne, il est le premier temps d'une intervention conservatrice. Il permet de faire porter plus spécialement le curettage dans la région où siège la tumeur.

c) Dans le cas de tumeur maligne, aidé de l'examen histologique, il permet de poser un diagnostic ferme et commandera une hystérectomie aussi large que

possible. On ne risquera pas, grâce à ce mode d'exploration, de pratiquer une opération inutile.

Alger, le 21 Décembre 1911.

Vu : *Le Président de thèse,*
Vincent.

Vu : *Le Doyen :*
Curtillet.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur,
E. Ardaillon.

BIBLIOGRAPHIE

AUVARD. — Traité pratique de gynécologie, 1892.

BASTIAN. — De l'hystorotomie exploratrice et en particulier de l'hystérotomie médiane antérieure. (*Revue Médicale de la Suisse romande*, 20 déc. 1904.)

BONNET et PETIT. — Traité pratique de gynécologie, 1894.

DOLÉRIS. — Métrites et fausses métrites, 1902.

DOLÉRIS et PICHEVIN. — Traité de gynécologie. Diagnostic gynécologique technique des moyens d'exploration et des méthodes spéciales de traitement, 1896.

DOYEN. — Technique chirurgicale, 1897.

DAVID. — Endoscopie utérine. Application au diagnostic et au traitement des affections intra-utérines. Thèse Paris, 1909.

ENGELHORN. — Beitrage zur geburtshulfe und gynakologie (in *Presse Médicale*, 14 oct. 1907).

J.-L. FAURE et SEREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgical, 1911.

GUYON. — Tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse d'agrégation, 1860.

HÉGAR et KALTENBACH. — Traité de gynécologie opératoire avec exposé des procédés d'exploration en gynécologie. (Traduit par Paul Bar.)

HERRENSCHMIDT. — Les procédés nouveaux de diagnostic du cancer. (*Journal Médical Français*, 15 juillet 1911.)

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-cirurgical de gynécologie, 1898.

MAZET. — Epithélioma pédiculé de la cavité utérine. (*Lyon Médical*, n° 32, p. 270.)

MURET. — Statistique de cancers génitaux chez la femme (in *Presse Médicale*, 12 avril 1911.)

PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale, 1895.

PETIT. — Diagnostic histologique des curettages utérins, 1901.

PICHEVIN. — Curage explorateur (*Semaine gynécologique*, 23 mai 1911).

PICHEVIN. — De la dilatation de la matrice dans le cas d'hémorragie utérine. (*Semaine gynécologique*, 27 juin 1911.)

PICHEVIN. — Sur l'exploration de la cavité cervicale. (*Semaine gynécologique*, 28 nov. 1911.)

PIQUANT. — Sarcome du corps de l'utérus. (*Revue de gynécologie et de Chir. abdominale*, 1905.)

PLOUTIÈRE. — Hystéroscopie. Thèse de Paris, 1899.

POZZI. — Gynécologie clinique et opératoire, 1907.

QUÉNU. — Diagnostic précoce de l'épithélioma utérin (in *Presse Médicale*, 13 janvier 1906.)

ROUTIER. — Diagnostic du cancer de la muqueuse du corps de l'utérus. (Congrès français de chirurgie, 3 session, 1888.)

SECHEYRON. — Extraction du fibrome intra-utérin par le procédé dit des pinces, à l'aide de la dilatation extemporanée du col. (*Semaine gynécologique*, 8 févr. 1910.)

SIMPSON. — Clinique obstétricale et gynécologique. (Traduite par Chautreuil.)

SIMS. — Notes cliniques sur la chirurgie utérine, 1860. (Traduit par le Dr Lhéritier.)

SIREDEY. — Diagnostic précoce du cancer de l'utérus. (*Bulletin Médical*, 8 avril 1911.)

SOCIÉTÉ d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, séance du 12 février 1902. Discussion sur le diagnostic de l'épithélioma utérin au début.

Szelechowski. — D'un procédé d'extraction des fibromes intra-utérins par énucléation vaginale après dilatation forcée du col. Thèse de Toulouse, 1908.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, 1897.

Violet. — Renseignements fournis par l'hystérométrie dans le diagnostic du cancer du corps de l'utérus. (*Lyon Médical*, 13 nov. 1910.)

Spencer Wells. — Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus ; leur diagnostic et leur traitement. (Traduit par Paul Rodet.)

IMPRIMERIE AGRICOLE & COMMERCIALE
F. MONTÉGUT & A. DEGUITH
Agha - Alger